

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 108.

LES PAPILLOMES

DE LA CAVITÉ BUCCALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Février 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène EMERIC

Né le 10 octobre 1876, à Saint-Auban (Alpes-Maritimes).

Ancien Externe des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Février 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 108.

LES PAPILLOMES

DE LA CAVITÉ BUCCALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Février 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène EMERIC

Né le 10 octobre 1876, à Saint-Auban (Alpes-Maritimes).

Ancien Externe des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Février 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
LACASSAGNE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TESSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE. —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. WEILL, Assesseur;

MM. COLLET et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A notre Maître

M. LE D^r GAREL

Médecin des Hôpitaux.

A M. LE PROFESSEUR PONCET

Notre Président de Thèse.

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux et fier de pouvoir placer, en tête de ce modeste travail, le nom de notre maître, M. le Dr Garel, médecin des hôpitaux, qui nous a fourni le sujet de notre thèse inaugurale. Non seulement il nous a aidé de sa science et de ses conseils, mais encore il a mis à notre disposition ses recueils d'observations, soit dans son cabinet, soit à l'hôpital, avec cette complaisance et cette amabilité bien connues de tous ceux qui l'ont approché. Nous le remercions bien sincèrement de l'intérêt qu'il nous a témoigné, et nous emportons le meilleur souvenir des six mois passés dans son service.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Poncet nous a fait un grand honneur, dont nous ne saurions trop le remercier.

Que nos maîtres dans les hôpitaux reçoivent le témoignage de notre vive gratitude.

Notre ami, le Dr Sarvonat, nous a traduit des pas-

sages difficiles de langue étrangère; nous lui en sommes reconnaissant.

Le Dr Pariset a bien voulu se charger de dessiner les deux figures qui accompagnent notre texte. C'est là une nouvelle preuve de l'amitié qui nous a toujours unis depuis le début de nos études médicales

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

En reprenant l'étude des papillomes de la bouche, nous avons surtout pour but de mettre en évidence une des statistiques les plus importantes que l'on connaisse et de faire l'étude clinique de ces tumeurs d'après les 120 cas que nous a très obligeamment communiqués M. le Dr Garel.

Le premier cas très net de papillome intra-buccal a été présenté par Verneuil à la *Société anatomique* (2^e série, t. III, 1858); c'est un papillome du voile du palais dont l'observation est consignée dans la thèse de Courtade (Paris, 1885-1886) et dans celle de Bouilloud (Lyon, 1893-1894).

Avant cette époque, Laborie avait signalé à la *Société anatomique* (avril 1838) une « excroissance de nature syphilitique implantée sur l'extrémité de la luette » ; mais il serait bien difficile d'affirmer la nature de la tumeur dont il s'agit.

Vidal (*Soc. anatomique*, 2^e série, t. III, 1858) rapporte un cas de papillome de la luette. Puis paraissent les observations de Nepveu (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1875), de Gueneau de Mussy (*Traité de*

l'angine glanduleuse), de Gerhardt (*Arch. für klin. Medecin*, juillet 1873), de Lloyd (*The Lancet*, mai 28 1881).

Tous ces cas sont également publiés dans la thèse de Courtade, qui ajoute huit observations personnelles à la série antérieure.

Bouilloud signale un papillome du pilier antérieur gauche (Obs. communiquée par M. Lannois), et un papillome de l'amygdale droite (Obs. communiquée par M. le Dr Garel). Outre les cas précédents, il rapporte celui de Lefferts, papillome multiple du voile (*Rev. des Sc. méd.*, vol. XXXIV, p. 714) ; celui de Ott (th. Paris, 1880), papillome pédiculé de la luette, observé par le Dr Julien, de Lyon, à la clinique du Dr Fauvel, et enfin celui de W. Fowler : Papilloma of uvula (*Brit. med. Journ.*, 8 feb. 1890).

Nous nous contenterons de mentionner pour le moment, nous réservant de les reprendre plus en détail, les observations de Chipault, de Cowerntown, de Rasch, de Copenhague ; d'Audry et Iversinc, de Toulouse ; de Lange, de Grazzi, etc.

Les différents travaux parus jusqu'à ce jour sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic ou le traitement des papillomes de la cavité buccale ; nous les ferons connaître lorsque nous nous occuperons de ces différents chapitres.

Nous tenons à placer, au début de notre étude, la statistique qui nous a été communiquée par M. le Dr Garel, afin de pouvoir formuler tout de suite les déductions qui nous ont paru ressortir de l'examen des nombreux cas qu'elle comporte.

Les observations qui se rapportent aux malades de la clientèle privée et qui ont été prises par M. le D^r Garel lui-même, ont à nos yeux beaucoup plus de valeur et ce sont elles qui serviront de base à notre étude clinique. Car, à l'hôpital, le plus souvent, on ne trouve que des observations fort incomplètes, et un grand nombre de papillomes passent inaperçus ou plutôt ne sont pas mentionnés sur les recueils d'observations, parce que les malades qui les portent sont en même temps soignés pour une affection plus grave.

LES PAPILLOMES

DE LA CAVITÉ BUCCALE

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUE PORTANT SUR UN NOMBRE DE 13.000 MALADES

PRIS DANS LA CLIENTÈLE PRIVÉE DU D^r GAREL

Nous rapporterons *in-extenso* les deux premières observations, qui sont intéressantes et par le nombre de tumeurs que l'on a trouvées sur le malade et par leur siège. Les autres, nous les publierons sous forme de tableau synoptique, en nous efforçant de mettre en relief leurs caractères essentiels.

OBSERVATION I

Femme, soixante-cinq ans. Aucune maladie antérieure. A eu neuf enfants.

A l'examen de la bouche et de la gorge, on constate :

De nombreuses plaques de papillomes sur la muqueuse de la face interne des deux joues. A droite, une de ces plaques, plus grosse que les autres, mesure 25 millimètres de long sur 2 centimètres de large. A gauche, il y a trois tumeurs volumineuses : la première mesure 15 millimètres de long sur 2 centimètres de

large; la deuxième, 1 centimètre de long sur 7 millimètres de large; la troisième est plus petite. Ces trois plaques sont entourées de petites saillies papillaires, irrégulièrement disséminées. Sur le côté droit de la langue se trouve une tumeur allongée dans le sens antéro-postérieur, qui mesure 35 millimètres de long sur 15 millimètres de large. Sur le côté gauche de la langue, on trouve huit ou dix îlots gros comme un petit pois, séparés les uns des autres par une infinité de points papillomateux.

Le début de l'affection remonte en août 1898. La malade portait un dentier depuis dix ans. Elle cautérisait elle-même ces tumeurs au nitrate d'argent et empêchait ainsi leur extension. Elle cessa toute cautérisation le 25 mai 1899 et les papillomes avaient augmenté de volume, lorsque, au mois de juillet 1899, elle se présenta à un chirurgien qui proposa l'ablation.

M. le Dr Garel opère la malade à l'anse galvanique en cinq séances, et en enlevant chaque fois de petits fragments de tumeurs. Les saillies les plus petites sont soulevées puis coupées avec l'extrémité des ciseaux courbes; il se produit une hémorragie insignifiante sur chaque point. La cicatrisation est très rapide et la malade n'éprouve aucune douleur en mangeant.

L'opération, commencée le 13 juillet 1899, est terminée le 25 juillet à la cinquième séance.

Quinze jours plus tard, la malade présentait encore quelques petites papilles saillantes sur la face interne des deux joues; elles disparurent spontanément.

Vers la fin d'octobre 1899, légère récurrence consistant en quelques petites tumeurs sur la langue. M. Garel les enlève avec les ciseaux courbes. Depuis, guérison complète.

OBSERVATION II

Jeune fille de onze ans, envoyée à M. Garel par le Dr Monard d'Aix-les-Bains, le 20 mai 1890.

La malade toussait depuis Pâques, mais n'avait jamais rien ressenti dans la bouche.

A l'examen de la bouche, le Dr Monard trouve de nombreux papillomes sur la pointe de la langue, sur la base de la langue, dans l'angle formé par la luette et les piliers, et sur la luette elle-même ; toutes ces tumeurs sont placées du côté droit.



Papillomes multiples de la pointe de la langue, de la base de la langue, des piliers et de la luette.

M. Garel enlève les papillomes à l'anse galvanique, puis tous les points d'implantation sont abrasés au couteau galvano-caustique.

La malade revient le 30 novembre 1892. Elle avait eu une esquinancie au mois d'août de la même année.

En outre, M. Garel constate une récurrence des papillomes sur la langue et les piliers, toujours du côté droit. Il fait une nouvelle intervention, à la suite de laquelle la malade part complètement guérie.

Nombre de tumeurs	Sexe	Age	Siège et Forme	Volume	Maladies concomitantes ou antérieures
1.	F.	»	Pilier post. gauche (aspect na- cré).	»	»
1.	H.	48	Côté gauche de la luette.	»	Bronchite chronique et légère albuminurie.
1.	H.	20	Côté gauche du voile; mince pédicule.	gros pois	»
1.	H.	31	Côté droit du pilier antérieur gauche.	petit pois	Un peu de bronchite chronique.
1.	F.	15	Face antérieure du pilier anté- rieur gauche.	»	»
1.	H.	12	Pilier postérieur gauche.	»	Amygdales hypertro- phiées.
1.	F.	22	Face antérieure du pilier anté- rieur droit.	petit pois	Tendance aux bron- chites. Hémoptysies.
1.	H.	20	Milieu du pilier post. gauche.	petit pois	Coryza fréquent.
1.	H.	31	Angle formé par la luette et l'arcpharyngo-pal., côté droit.	petit pois	Amygdalite à répéti- tion.
1.	H.	57	Amygdale droite. Battant de cloche.	»	»
1.	H.	10	Entre les piliers et la luette, côté gauche.	»	Amygdalites fréquen- tes et adénoïdes.
1.	H.	35	Bord libre du pilier post. gau- che. Battant de cloche.	»	Chatouillement dans la gorge. Hémoptysie ultérieure.
1.	H.	20	Bord libre du voile, arc gauche.	petit pois	Amygdalites fréquen- tes.
1.	H.	24	Bord libre du voile, arc gauche.	»	»
1.	H.	12	Extrémité inférieure de la luette.	petit pois	Chatouillement conti- nuel. Toux.
1.	H.	19	Naissance de la luette, côté droit. Battant de cloche.	»	Toux par chatouille- ment.
1.	H.	30	Face antérieure du pilier posté- rieur gauche. Battant de cloche.	»	Toux. Rougeur des deux cordes vocales.
1.	F.	20	Arc pharyngo-palatin gauche.	gros pois	Obstruction nasale.
1.	H.	49	Pointe de la luette.	petit pois	Luette très longue.
1.	H.	»	Voile du palais, côté gauche, en haut du pilier postérieur.	»	»
1.	H.	31	Union de la luette et de l'arc; côté droit.	petit pois	»
1.	H.	38	Partie moyenne du bord libre du pilier postérieur droit.	petit pois	Pharyngite sèche.

Nombre de tumeurs	Sexe	Age	Siège et Forme	Volume	Maladies concomitantes ou antérieures
1.	H.	36	Arc pharyngo-palatin droit.	petit pois	Congestion du sommet droit.
1.	H.	25	Bord de l'arc pharyngo-palatin droit.	gros pois	Coryza postérieur.
1.	H.	»	Arc pharyngo-palatin droit. Battant de cloche.	gros pois	Esquinancies fréquentes.
3.	H.	26	Un sur le bord libre du pilier postérieur droit et les deux autres en bas du pilier antérieur droit.	»	»
1.	H.	22	Bord droit de la luette.	petit pois	Pharyngite granuleuse.
1.	H.	48	Côté droit de la base de la luette.	petit pois	Bronchite chronique. Ictus laryngé.
1.	H.	»	Pointe de la luette.	petit pois	Coryza postérieur.
1.	H.	27	Pointe de la luette.	petit pois	Laryngite chronique. Raclement.
1.	H.	»	Arc pharyngo-palatin droit.	petit pois	»
1.	F.	»	Partie moyenne du bord libre du pilier postérieur droit.	petit pois	Coryza hypertrophique
1.	H.	45	Face antérieure du pilier postérieur gauche.	gros pois	Pharyngite chronique.
1.	F.	»	Côté droit de la base de la langue.	gros pois	Névropathe.
1.	H.	»	Base de la luette, côté droit.	»	»
2.	F.	25	L'un sur la base droite de la luette et l'autre sur la face antérieure du pilier antér. droit.	petits pois	Névropathe.
1.	F.	37	Bord gauche de la luette.	petit pois	Coryza hypertrophique Polypes du nez.
1.	F.	»	Pointe de la luette; filiforme et court.	»	»
1.	F.	20	Pointe de la luette.	petit pois	Pharyngite.
1.	F.	15	Base droite de la luette; battant de cloche.	petit pois	Coryza hypertrophique
1.	H.	35	Au-dessus de l'arc pharyngo-palatin gauche.	petit pois	Congestion pharyngée. Chatouillement.
1.	H.	»	Arc gauche du voile.	petit pois	Laryngite subaiguë.
1.	H.	50	Côté gauche de la pointe de la luette.	»	Toux.
1.	H.	55	Côté droit de la base de la luette.	petit pois	Laryngite chronique. Pachydermie verruqueuse.

Nombre de tumeurs	Sexe	Age	Siège et Forme	Volume	Maladies concomitantes ou antérieures
1.	H.	»	Pointe de la luette côté droit.	petit pois	Amygdale droite hypertrophiée.
1.	H.	16	Naissance inférieure du pilier antérieur gauche.	gros pois	Cordes vocales rosées, mue de la voix.
1.	H.	11	Pointe droite de la luette.	»	»
1.	H.	»	Pilier antérieur gauche.	gros pois	»
1.	H.	»	Angle formé par l'arc et la luette, côté droit.	gros pois	Fatigue vocale fréquente.
1.	F.	»	Pointe de la luette.	petit pois	Pharyngite granuleuse, luette longue.
1.	H.	55	Face antérieure du pilier post. gauche.	gros pois	Chatouillement dans la gorge.
1.	H.	36	Bord droit de la luette.	gros pois	Gros polype sur la corde vocale gauche.
1.	F.	30	Bord du pilier antérieur gauche.	gros pois	»
1.	H.	17	Bord du pilier post. droit.	»	Sommets douteux.
1.	F.	20	Pilier post. droit, battant de cloche.	»	Pharyngite granuleuse
1.	H.	25	Luette.	»	Kyste séreux sur le pilier ant. gauche.
1.	H.	24	Face ant. du pilier post. droit.	gros pois	»
1.	H.	27	Face ant. du pilier antérieur gauche.	petit pois	Tendance aux amygdalites, légère rougeur des deux cordes vocales.
1.	H.	41	Côté gauche de la luette.	petit pois	Polypes du nez.
2.	H.	»	L'un sur la face ant. du pilier ant. droit, l'autre sur le bord libre du pilier post. droit.	»	Amygdalites fréquentes, légère rougeur des deux cordes.
1.	H.	»	Bord du pilier post. gauche.	gros pois	Excès alcooliques, rougeur de la corde vocale droite.
1.	H.	30	Côté droit de la pointe de la luette.	gros pois	Rougeur des cordes.
1.	H.	14	Pointe de la luette.	petit pois	Pharyngite granuleuse
1.	H.	55	Bord du pilier post. gauche, battant de cloche.	»	»
1.	H.	»	Bord gauche de la luette, battant de cloche.	»	Laryngite chronique.
1.	F.	»	Bord gauche de la luette.	petit pois	Pharyngite granuleuse

Nombre de tumeurs	Sexe	Age	Siège et Forme	Volume	Maladies concomitantes ou antérieures
1.	F.	40	Pointe de la luette.	petit pois	Laryngite chronique.
1.	H.	»	Partie moyenne de la face ant. du pilier post. gauche.	»	Amygdalites fréquen- tes.
1.	H.	»	Arc droit du voile du palais.	gros pois	Erysipèle et esqui- nancie.
1.	H.	32	Pointe de la luette.	petit pois	Pharyngite chronique.
1.	H.	25	Face antérieure du pilier posté- rieur droit.	»	Pharyngite, laryngite chronique, et rhinite chronique hypertro- phique.
1.	H.	22	Pointe de la luette.	»	Pharyng. sèche; luette longue.
1.	F.	42	Pointe de la luette; battant de cloche.	petit pois	»
1.	H.	69	Bord libre du pilier postérieur droit.	gros pois	Néoplasme de l'œso- phage; insuffisance aortique.
1.	H.	38	Pointe de la luette; battant de cloche.	petit pois	Pharyngite granuleuse. Tuberculose pulmo- naire.
1.	H.	»	Face antérieure du pilier posté- rieur droit.	»	»
1.	F.	»	Face antérieure du pilier posté- rieur gauche.	»	Ozène atrophique.
1.	H.	15	Côté gauche de la pointe de la luette.	»	Hypertrophie de la cloi- son; luette longue.
1.	H.	37	Pointe de la luette.	»	Bronchite chronique.
1.	F.	12	Bord libre du pilier postérieur droit; battant de cloche.	haricot	Végétations adénoïdes; surdité.
1.	H.	»	Pointe de la luette.	petit pois	Chatouillement dans la gorge; glycosurie.
1.	H.	16	Côté gauche de la luette.	petit pois	Laryngite à répétition.
1.	F.	20	Pointe de la luette.	gros pois	»
1.	F.	54	Pointe de la luette.	petit pois	Pharyngite chronique. Arthritisme.
1.	F.	»	Pointe de la luette.	petit pois	Angines fréquentes; luette longue.
2.	F.	22	L'un sur le milieu de la base de la luette; l'autre sur l'arc gauche du voile.	petit pois	Laryngite hypertro- phique; pachyder- mie laryngée de la corde vocale droite.

Nombre de tumeurs	Sexe	Age	Siège e Forme	Volume	Maladies concomitantes ou antérieures
1.	H.	50	Pointe de la luette.	petit pois	Pharyngite granuleuse.
1.	F.	»	Arc du voile du palais.	minusc.	»
1.	F.	14	Côté droit de la luette.	petit pois	Coryza hypertrophique
1.	H.	»	Bord de l'arc droit du voile du palais.	»	Catarrhe naso-pharyngé.
2.	F.	25	L'un sur la base droite de la luette; l'autre sur la face antérieure du pilier ant. droit.	petit pois	Névropathe.
1.	F.	37	Bord gauche de la luette.	petit pois	Coryza hypertrophique. Polypes du nez.
1.	F.	»	Pointe de la luette, filiforme et court.	»	»
1.	F.	20	Pointe de la luette.	petit pois	Pharyngite chronique.
1.	F.	15	Base droite de la luette; battant de cloche.		Coryza hypertrophique.
1.	H.	35	Au-dessus de l'arc gauche du voile du palais.	petit pois	Congestion pharyngée.
1.	H.	»	Arc gauche du voile du palais.	petit pois	Laryngite subaiguë.
1.	H.	56	Côté gauche de la pointe de la luette.	»	Chatouillement dans la gorge et toux sèche.
1.	H.	55	Base de la luette; côté droit.	petit pois	Laryn. chron.; pachydermie verruqueuse.
1.	H.	»	Côté droit de la pointe de la luette.	petit pois	Amygdale droite hypertrophiée.
2.	F.	24	L'un sur la pointe de la luette, l'autre sur le bord du pilier postérieur droit.	minusc.	»
1.	H.	24	Partie supérieure du pilier postérieur droit.		Laryngite chronique.
1.	H.	25	Arc droit du voile du palais.	petit pois	»
1.	H.	37	Pointe de la luette; filiforme.	»	Polypes du nez.
1.	H.	22	Pointe de la luette.	»	Coryza chronique; luette longue.
1.	F.	12	Arc droit du voile du palais.	petit pois	Tubercul. pulmonaire.
1.	H.	»	Pointe de la luette; filiforme.	petit pois	Chatouillement dans la gorge; luette longue.
1.	H.	26	Pointe de la luette; filiforme.	petit pois	Laryngite chronique.
1.	H.	35	Filet de la langue.	petit pois	Papillomes étendus du nez sur le cornet inf. et la cloison jusque vers la racine du nez.

La statistique précédente ne porte pas sur tous les malades de M. Garel ; nous l'avons limitée à un nombre total de 13.000 malades. Nous pouvons donc dire que sur 13.000 malades venant consulter pour la gorge ou le nez il y en a 111 qui sont porteurs de papillomes intra-buccaux.

Ces 111 cas se répartissent de la façon suivante :

Au point de vue du sexe :

Hommes	77
Femmes	34

Au point de vue de l'âge :

Au-dessous de 20 ans	18
De 20 à 30 ans.	27
De 30 à 40 ans	18

Au-dessus de 40 ans ils deviennent plus rares.

Au point de vue du nombre de tumeurs :

Multiple.	8
-------------------	---

Au point de vue du siège des tumeurs :

Luette	52
Piliers	39
Voile du palais	23
Langue.	4
Amygdale	1

Au point de vue des affections concomitantes :

Affection de la gorge.	32
— du nez	18
— du larynx et des voies respiratoires	31

Enfin, nous avons trouvé 5 cas de luette longue terminée par un papillome, et 4 cas de papillomes de la luette siégeant à côté d'une amygdale hypertrophiée.

**Observations recueillies dans le service
de M. le D^r Garel à l'Hôtel-Dieu.**

Obs. I. — Jeune fille, dix-sept ans.

Sensation de chatouillement dans la gorge et petite toux sèche. Enrouement à la suite d'une fièvre typhoïde récente. Légère rougeur des cordes vocales.

Expiration soufflante au sommet gauche.

A l'examen de la gorge, on voit :

Un gros papillome engainant la luette et donnant à première vue l'illusion d'une tumeur maligne.

La tumeur est enlevée à l'anse galvanique et l'examen anatomopathologique est fait au laboratoire de la Faculté.



Papillome engainant de la Luette.

La tumeur est constituée, en son ensemble, par d'énormes végétations très longues, très villoses d'épithélium malpighien qui, en surface, se kératinisent manifestement.

Le développement paraît être partout exogène. Aucune traînée ne se dirige vers la profondeur ; il n'y a pas de formations en globes épithéliaux.

Le centre de la tumeur, en outre de glandes du type mu-

queux, de muscles et de quelques îlots de cartilage, offre un gros noyaux scléreux très dense, qui est peut-être le fait d'une inflammation lente pénétrant de la surface, ainsi qu'en témoignent quelques traînées de cellules embryonnaires inflammatoires.

On trouve une vascularisation intense de toute la base du papillome et de tous les prolongements conjonctifs en son intérieur.

OBS. II. — Jeune homme de seize ans. élève à l'Ecole normale d'instituteurs.

Papillome de la luette.

OBS. III. — Femme quarante-neuf ans.

Laryngite chronique.

Papillome de l'amygdale.

OBS. IV. — Homme vingt et un ans. Etudiant en médecine. Papillome implanté derrière la luette.

OBS. V. — Homme soixante-quinze ans.

Papillome invisible à un examen superficiel siégeant, sur le côté gauche de la partie moyenne de la luette.

OBS. VI. — Homme vingt-trois ans. Pharyngite granuleuse.

Papillome du volume d'un petit pois, sur le voile du palais.

OBS. VII. — Homme quarante-trois ans. Syphilitique, rougeur du pharynx et du voile du palais.

Papillome siégeant sur le côté gauche de la partie moyenne de la luette.

OBS. VIII. — Homme quarante-sept ans. Ictus laryngé. Croûtes sur la tête des cornets moyens.

Petit papillome sur le pilier antérieur droit.

OBS. IX. — Homme quarante ans. Enrouement depuis quelque temps; pas de gêne de la déglutition ni sensation de chatouillement dans la gorge.

Papillome du pilier antérieur droit.

E. E.

Remarque. — Toutes ces tumeurs, aussi bien celles que nous avons publiées dans notre tableau synoptique que les suivantes, ont été opérées par le D^r Garel. Les plus volumineuses ont été enlevées à l'anse galvanique, les plus petites avec la pointe des ciseaux courbes. D'une façon générale, M. Garel fait l'abrasion des points d'implantation au couteau galvanocautistique lorsque ces points n'ont pas été enlevés à l'anse.

A la suite de la très longue série de cas que nous a fournis M. le D^r Garel, nous placerons les observations de papillomes que nous avons trouvés dans les recueils scientifiques et qui n'ont pas été publiés dans les travaux d'ensemble antérieurs.

Papillome du voile du palais (A. Chipault), Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1890 (résumé).

J. Th..., douze ans. Tousse depuis longtemps sans avoir rien du côté du poumon. Sensation de corps étranger de la gorge depuis un mois.

A l'examen de la gorge, on voit :

Implantée sur le bord libre du voile du palais, à droite de la base de la luette, une petite tumeur grosse comme un noyau de cerise, hérissée de petites saillies papilliformes, jaune rosée. Cette tumeur présente un petit pédicule recouvert de saillies de même aspect long de 2 à 3 millimètres. A droite de la base de ce pédicule se trouve une petite tumeur sessile, présentant les mêmes caractères que la tumeur pédiculée précédente et moins grosse.

Ablation au ciseau courbe le 29 janvier. Pas d'hémorragie.

L'examen histologique, pratiqué par M. Dubar, a démontré l'existence d'un papillome ; dans une coupe on a vu des papilles étalées sur toute leur étendue.

Papillome lingual enlevé par Cowerntown (*Canadian Practit*
16 juin 1890, *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 9, 1890)
(résumé).

Large tumeur sessile papillomateuse sur le dos de la langue
d'un enfant de deux ans et demi, postérieure à la naissance.
Galvanopuncture, ablation avec une épingle en fer de lance de
la masse ramollie. Guérison en une semaine.

*Note sur deux cas de papillomes multiples bénins de la
muqueuse buccale. Leur rapport avec les verrues com-
munes des mains*, par le Dr Kasch, de Copenhague, chef de
clinique du service dermatologique de la Faculté (*Annales
de dermatologie et de siphyligraphie*, 1895).

Obs. I. — R. N..., âgée de sept ans. Scarlatine, rougeole,
varicelle dans l'enfance. Souffre depuis dix-huit mois de la lésion
actuelle. Cette lésion consiste en une centaine de tumeurs de la
muqueuse buccale. Le plus grand nombre est situé sur la face
interne de la lèvre inférieure et sur les joues, en deux rangs
serrés le long des dents molaires. La grosseur varie de celle
d'une graine de lin à celle d'une lentille. Les plus petites des
tumeurs, qui sont toutes sessiles, sont hémisphériques ou planes,
couvertes d'un épithélium apparemment sain. Les plus grandes
ont leur surface irrégulièrement fendue et dentelée, et simulent
assez bien des condylomes vénériens. La couleur est d'un gris
rouge.

Les plus grosses saignent facilement par l'attouchement et la
mastication qui est très douloureuse.

L'examen microscopique d'une tumeur excisée montre un
papillome typique bénin (allongement des papilles formées par
du tissu conjonctif et des vaisseaux, et hypertrophie de la couche
épithéliale sans prolifération atypique).

Guérison complète au bout de six semaines, par plusieurs
séances d'excision et de cautérisation au thermocautère Paquelin.

Revue un an après, pas de récurrence.

Obs. II. — Angélica S..., six ans. Souffre depuis un an d'une affection de la bouche absolument semblable à celle de la malade précédente. Sur la muqueuse buccale, principalement sur celle des joues, se trouvent d'innombrables tumeurs de forme tantôt hémisphérique (les plus petites), tantôt condylo-mateuse (les plus grandes). Leur structure anatomique est la même que dans l'observation I. En outre, sur les mains de la malade on trouve plusieurs verrues communes, qu'elle portait depuis plus de deux ans. Ni chez cette malade, ni chez l'autre, on ne trouva de condylomes acuminés sur les parties génitales.

Guérison complète après plusieurs séances de cautérisation (Paquelin). La lésion récidiva plusieurs fois et le traitement ne fut terminé qu'au mois de juin. Revue six semaines après, la muqueuse buccale était absolument lisse.

A propos de cette observation, l'auteur dit que l'enfant portait fréquemment les mains à la bouche, et il se demande si les verrues des mains n'auraient pas provoqué le développement de papillomes sur la muqueuse buccale.

Papillome juxta-lupique de la pointe de la langue. Tuberculose cérébelleuse, par MM. Audry et Iversinc, de Toulouse (*Soc. française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 11 mars 1897) (résumé).

X..., âgé de quarante-sept ans, boulanger, porteur d'un lupus siégeant sur la pointe de la langue, isolé de toute autre lésion du même genre, caché par l'existence d'un petit papillome corné de la muqueuse.

Entré le 14 janvier 1897 dans le service de M. le professeur Jeannel. Mort le 18 janvier.

Autopsie. — L'examen microscopique démontre la nature papillomateuse et la nature lupique des deux lésions.

Papillome multiple de la langue, de l'amygdale et de l'épiglotte. (Lange, Deuts. Archiv. für klinische Medicin. Band 1, Tafel 213.)

Jeune fille, dix-sept ans. Bonne santé antérieure. La première tumeur siège sur la paroi postérieure de l'épiglotte ; la deuxième, sur la partie gauche de la base de la langue et la troisième, sur l'amygdale gauche.

L'extirpation est suivie de guérison. A l'examen microscopique, le diagnostic de papillome se trouve confirmé.

Deux cas de papillomes de la luette, par le professeur Grazi (Actes du 1^{er} congrès de la Société italienne de laryngologie, d'otologie, et de rhinologie, Rome 26, 27, 28 octobre 1892).

Les deux malades étaient âgés, l'un de vingt-cinq ans et l'autre de vingt-neuf, tous deux grands fumeurs. Ils se plaignaient de râclement dans la gorge, de sensation d'ardeur et de corps étrangers, de poussées d'angines à répétition.

Les tumeurs avaient la grosseur d'un grain d'orge, l'une était pédiculée et fut excisée, l'autre était sessile et fut enlevée à la curette.

A la Société de laryngologie de Berlin, dans la séance du 3 novembre 1893, Heymann présente un cas de papillome de la pointe de la langue, et Lublinski communique un cas de papillome de la grosseur d'une cerise, situé à la limite de la voûte palatine et du voile du palais.

Dans la séance du 27 avril 1894 de la Société de laryngologie de Berlin, Lublinski montre un papillome

de l'arc pharyngo-palatin, provenant d'un jeune homme et un autre papillome de la surface postérieure de la base de la luette.

Dans la séance du 8 juin 1894, de la même Société, Unshelm présente, de la part d'Heymann, un malade atteint de papillome de la pointe de la luette.

A la Société des oto-laryngologistes hongrois, le 25 octobre 1894, Onodi présente un papillome de l'amygdale droite, qu'il a récemment extrait.

Dans la séance du 2 décembre 1898 de la Société de laryngologie de Londres, de Santi montre un papillome de l'amygdale enlevé à une jeune fille de dix-neuf ans, qui avait de temps en temps mal à la gorge.

Dans l'*Atlas de Mickulicz et Michelson* (page 27, année 1892), on voit un papillome situé à l'extrémité de la luette.

L'*Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und der Kehlkopfes* de Otto Seifert et Max Kahn, 1895, montre un papillome de la base de la langue (Tafel XXIII, fig. 45, faible grossissement), et un autre de la luette (Tafel XXV, fig. 49).

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOLOGIE

Si la cause première qui préside à la formation des tumeurs que nous étudions ne nous est pas encore parfaitement connue, il n'en est pas moins vrai que nous savons assez bien dans quelles circonstances ces papillomes se développent.

M. Arthur Thost, de Hambourg, dans un travail paru dans la *Deutsche medicinisch. Woch.* du 22 mai 1890, a fait une étude intéressante sur l'étiologie des papillomes des voies respiratoires supérieures. Nous lui empruntons la plupart des propositions qui vont suivre, tout en nous réservant de modifier certains détails qui ne nous paraissent pas conformes à ce que nous a enseigné la statistique de M. le Dr Garel.

Les inflammations répétées de la muqueuse buccale, les sécrétions abondantes et tenaces de cette même muqueuse la prédisposent à l'hypertrophie papilloma-teuse. Les traumatismes mécaniques, les plaies, les cicatrices se rencontrent également à l'origine des papillomes de la bouche.

Mais si la muqueuse buccale réagit contre les inflammations venues du dehors, elle n'est pas indifférente aux lésions inflammatoires qui attaquent ses couches

profondes, telles que les infiltrations de nature tuberculeuse ou cancéreuse, par exemple.

Au moment de la puberté, cette muqueuse subit des modifications très importantes dans toutes ses parties. Cet accroissement subit coïncide avec le développement des organes génitaux et se trouve sous la dépendance du système nerveux ; aussi ce phénomène est-il souvent associé à des troubles de l'innervation et à du catarrhe de la muqueuse.

D'après les observations de M. Thost, les papillomes coïncident souvent avec les inflammations chroniques répétées du nez, du pharynx, avec l'hypertrophie des amygdales. Les tumeurs semblent dépendre des sécrétions catarrhales de la muqueuse buccale, puisqu'elles récidivent tant que le catarrhe n'est pas traité.

Sur les végétations adénoïdes, l'épithélium est souvent accru et épaissi ; c'est là un exemple de ces processus inflammatoires, prédisposant à l'hypertrophie, qui attaquent la muqueuse par ses couches profondes.

Les papillomes sont plus fréquents sur le voile du palais, où les papilles, à l'état normal, sont déjà volumineuses, et où ils sont en relation avec les vieux catarrhes du nez et du naso-pharynx.

D'après Hopmann, Jurasz, Kahn, la prépondérance des cas dans le sexe masculin s'explique par ce fait que les maladies de la bouche sont plus fréquentes chez l'homme. Il est probable que l'abus de l'alcool et du tabac joue un rôle considérable dans la production de ce phénomène.

La plupart des auteurs prétendent que c'est chez les

enfants que les tumeurs bénignes de la bouche sont le plus fréquentes. D'après notre statistique, on observe le plus grand nombre de cas à l'âge adulte, c'est-à-dire de vingt à trente ans.

En terminant ce chapitre, nous ferons remarquer que, dans un certain nombre de nos observations, nous avons trouvé des papillomes implantés sur une luette plus longue que normalement, ou siégeant du même côté qu'une amygdale hypertrophiée. Ne pourrait-on pas voir, dans les frottements répétés auxquels est exposée la luette qui se trouve dans de pareilles conditions anatomiques, une cause d'inflammation chronique produisant, à un moment donné, l'hypertrophie de la muqueuse?

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. Anatomie macroscopique.

A l'œil nu et vus en place, les papillomes sont de petites tumeurs, plus ou moins arrondies, s'implantant sur la muqueuse au moyen d'un pédicule. Ce dernier, généralement grêle, d'un diamètre de 1 ou 2 millimètres, assez mou et extensible, présente une longueur très variable. Tantôt, en effet, le pédicule très court, n'atteignant pas 1 millimètre, semble faire défaut, et la tumeur d'aspect verruqueux, n'est séparée de la muqueuse que par une partie rétrécie, un collet; tantôt, au contraire, le pédicule d'une longueur exagérée paraît à lui seul constituer toute la tumeur. Les longueurs le plus souvent trouvées varient entre 5 et 15 millimètres. Disons enfin que ce pédicule est revêtu d'une muqueuse de coloration rouge assez foncée et d'aspect lisse.

La tumeur, au contraire, possède une muqueuse blanc rosé ou très peu rouge. Son aspect est bien particulier, c'est celui « de la muqueuse linguale quand les papilles en sont légèrement hypertrophiées ». On peut alors distinguer, à l'œil nu, une tumeur formée de papilles d'un certain volume, résultant elles-mêmes de

la réunion de papilles de grosseur moindre. Assez souvent cependant il se peut que les papilles, plus ou moins agglutinées par le mucus buccal, ne ressortent point. La tumeur alors prend l'apparence d'une vésicule lisse et opaline sur la nature de laquelle on pourrait hésiter. Le moyen pratique de rendre à la tumeur l'aspect caractéristique du papillome est, l'ablation une fois pratiquée, de la plonger dans l'alcool. On voit assez rapidement les papilles libérées former des saillies plus ou moins longues, pédiculées ou non, simples, ou plus souvent bifurquées et même trifurquées.

Le volume total que peut atteindre la tumeur est variable, généralement peu considérable. On la compare le plus souvent à une lentille, un noyau de cerise, ou même à une cerise.

Siège de la tumeur. — Quant au point d'implantation, si nous nous en rapportons à nos observations, on le trouve d'une façon presque constante sur le voile du palais, les piliers ou la luette. Il est rare de le voir sur la langue ou sur les amygdales, et peut-être encore plus rare de le voir sur la paroi postérieure du pharynx.

Hopmann, dans sa statistique (in *Wolkmann Samm. klin. Vorträge*, n° 315), trouve à peine deux papillomes sur les amygdales et un papillome sur le bord de la langue. Le plus grand nombre de ces tumeurs siègent sur la surface antérieure du voile du palais; il en cite une seule qui siège sur la paroi postérieure du pharynx. C'est la localisation la plus rare. Cozzolino (*Bull. delle mal. della gola*, 1888) rapporte l'observation d'un papillome diffus siégeant sur la paroi postérieure du

pharynx buccal, chez une fillette de treize ans qui avait en outre des végétations adénoïdes.

Newmann et Massei publient chacun un cas de papillome de la paroi postérieure du pharynx buccal.

Nous avons déjà cité le papillome de la base de la langue de Otto Seifert et Max Kahn; celui du dos de la langue de Cowerntown, celui de la pointe de la langue de Heymann, et enfin les quatre cas de papillomes de la langue que nous avons trouvés en parcourant les recueils d'observations du Dr Garel.

Sur les amygdales, on n'observe les papillomes que d'une façon infiniment rare. Nous parlons, bien entendu des papillomes vrais, laissant de côté, à dessein, les hypertrophies polypoïdes de l'amygdale, qui sont presque toujours des fibromes. Nous en avons mentionné un cas dans notre tableau synoptique, et nous en avons trouvé un autre dans les observations recueillies à l'hôpital, dans le service du Dr Garel. Bouilloud, dans sa thèse, en publie un cas qu'il doit également au Dr Garel, et dont l'examen microscopique a été fait par M. Lemoine.

De Santi, à la Société laryngologique de Londres (séance du 2 décembre 1898), et Onodi, à la Société des oto-laryngologistes hongrois (séance du 25 octobre 1894), en rapportent chacun un cas.

Kahn (*Arch. für Laryng.*, Bd I, H ft 1, 1893) publie une statistique portant sur 52 cas qui se répartissent ainsi :

Luette :

face inférieure. . . .	8 cas
face postérieure . . .	5 cas

bords	—	. . .	13 cas
sommet	—	. . .	7 cas

Voile du palais :

6 cas, dont 2 sur 2 piliers à la fois.

Base de la langue :

face supérieure.	. . .	10 cas
face inférieure.	. . .	1 cas

Dunn (*New-York med. Journal*, 22 août 1891) rapporte plusieurs cas de papillomes du voile du palais. Il n'en a jamais vu en d'autres régions, ni sur les amygdales, ni sur la langue, ni sur le pharynx.

II. Anatomie microscopique.

Nous étudierons dans la constitution du papillome, celle de son pédicule et celle de la tumeur proprement dite.

A. *Le pédicule*. Le pédicule se différencie assez nettement en deux zones : une zone centrale ou dermique, une zone superficielle engainant la précédente ou zone épidermique.

La zone centrale contient deux ordres d'éléments : des vaisseaux et du tissu cellulaire.

Les vaisseaux sanguins sont assez nombreux, cinq ou six ou même plus. Ils présentent deux couches : une couche interne, endothéliale ; une couche externe, fibromusculaire, dans les mailles de laquelle on ne trouve jamais de fibres élastiques.

A côté des vaisseaux sanguins, on trouve par endroits des espaces assez larges, tapissés par des cellules irrégulièrement découpées et dont le noyau semble faire

saillie ; ce sont probablement là des espaces lymphatiques.

Le tissu cellulaire, ici, comme dans les autres points de l'organisme, se retrouve avec ses trois ordres d'éléments : fibres conjonctives, cellules conjonctives et tissu amorphe. Mais la proportion suivant laquelle ces divers éléments se trouvent combinés varie suivant que la tumeur est à l'état jeune ou a atteint son **complet** développement. Fibres conjonctives en grande quantité, cellules conjonctives du type fusiforme, peu de cellules rondes et peu de substance amorphe, indiquent l'état adulte du tissu conjonctif et de la tumeur.

Au contraire, des fibres conjonctives et des cellules fusiformes en petit nombre, mais avec prédominance de la substance amorphe et des cellules rondes, se retrouveront dans les papillomes en voie d'accroissement.

Ces cellules rondes, indice d'une tumeur en voie de formation, se rencontreront du reste dans tous les points où se prépare l'apparition d'un élément nouveau. C'est ainsi qu'en des points plus ou moins nombreux du pédicule on voit partir de la zone centrale des prolongements plus ou moins longs et bifurqués, bourrés de cellules rondes ; ce sont là des papilles de nouvelle formation.

Dans sa zone superficielle, le pédicule est revêtu d'une muqueuse du type épidermique malpighien.

B. Tumeur proprement dite. — La tumeur proprement dite nous offre également deux zones à étudier, la zone centrale et la zone épidermique.

La zone centrale est de beaucoup la plus considérable, et c'est elle qui forme la plus grande partie de la

tumeur. Nous ne répéterons pas ici ce que nous venons de dire à propos du tissu conjonctif du pédicule, car le tissu conjonctif du centre de la tumeur donne lieu aux mêmes considérations que celui du pédicule. Mais ici les prolongements et les bourgeons que nous avons signalés dans le pédicule comme des points de formation de nouvelles papilles, sont en très grand nombre. Dans son ensemble, on pourrait concevoir cette tumeur comme un gros ou plusieurs gros bourgeons de tissu conjonctif, sur lesquels se greffent une grande quantité des bourgeons secondaires plus petits, desquels enfin partent des travées conjonctives extrêmement fines, donnant naissance ainsi à des bourgeons de troisième ordre, mais qui n'existent guère, ceux-là, que par leur revêtement épithélial.

Les vaisseaux, dans cette partie centrale, sont remarquables par leur grosseur ; leur paroi à contours inégaux semble former parfois un véritable système lacunaire. Dans le centre ils s'entre-croisent irrégulièrement, et au niveau des bourgeons secondaires on les voit, très petits, s'élever jusqu'au sommet du relèvement conjonctif. Le papillome est généralement très irrigué. Il est à remarquer cependant que l'irrigation tend à diminuer quand la tumeur est plus adulte. On a trouvé des papillomes dans lesquels l'élément vasculaire avait presque en entier disparu, et qui présentaient dans leur couche épidermique du tissu kératinisé. Les éléments nerveux sont très mal connus, ils semblent ne pas exister.

Quant aux glandes, la question de leur présence serait discutable. Pour Courtade, il n'y aurait jamais de

glandes dans l'intérieur du papillome, et l'on aurait pris pour des glandes « la présence, au sein du tissu conjonctif, d'un noyau composé de petites cellules arrondies, résultant de la section d'une papille perpendiculairement à son axe ». Cependant l'analyse histologique d'une pièce recueillie dans le service de M. le D^r Garel, faite à la Faculté, signale « la présence, au centre de la tumeur, de glandes du type muqueux ».

Le revêtement épithélial de cette partie centrale est composé d'un épithélium malpighien, avec cellules cubiques dans la profondeur, puis de plus en plus pavimenteux à mesure qu'on se rapproche de la superficie. Par place on peut y trouver des espaces clairs, ce sont des cellules devenues plus ou moins vésiculeuses et atteintes de dégénérescence colloïde. Cette couche enfin subit des degrés différents de kératinisation.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Si nous nous en rapportons à nos observations, nous constatons que la plupart du temps les signes fonctionnels accusés par les malades sont nuls ou de peu d'importance. Et encore souvent ces symptômes peuvent être mis sur le compte d'une inflammation de la gorge concomitante.

Les auteurs qui se sont occupés de la question, Courtade, Chipault, Bouilloud divisent l'évolution, clinique en deux phases : 1^o une phase latente ; 2^o une phase où des troubles se manifestent du côté de la gorge.

La première phase est plus ou moins longue ; souvent même elle comprend toute l'histoire clinique de la tumeur. Dans ce cas, c'est par hasard que le malade découvre lui-même la lésion dont il est porteur, ou c'est en examinant la gorge pour une autre affection, que le médecin porte le diagnostic de papillome. Cette période de latence s'observe surtout lorsque la tumeur est petite et qu'elle siège sur le voile du palais.

Si, au contraire, le point d'implantation se trouve à l'extrémité de la lnette et que le pédicule de la tumeur

soit assez long, alors le malade éprouve une sensation de chatouillement dans la gorge, qui peut provoquer de la toux. Ce fait est signalé dans plusieurs de nos observations.

D'autres fois, ce chatouillement dans la gorge donne naissance à de fréquents mouvements de déglutition qui peuvent devenir très gênants pour le malade.

Dans un cas de Rasch, de Copenhague, où les tumeurs étaient très nombreuses, la déglutition était devenue douloureuse.

D'une façon générale, la voix n'est pas modifiée.

Ces divers symptômes se montrent surtout à la suite d'une inflammation aigue de la gorge, telle qu'une angine, qui brusquement peut faire augmenter le volume de la tumeur.

Du reste, ils sont peu inquiétants par eux-mêmes, sauf, peut-être, chez certains malades nerveux, très impressionnables. C'est ainsi que chez un malade d'Herzfelder, une tumeur du voile du palais donnait lieu à des crises hystériques, qui disparurent après l'extirpation de la tumeur.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Lorsque chez un malade on trouve une tumeur présentant nettement les caractères macroscopiques que nous avons décrits, c'est-à-dire une tumeur pédiculée, de coloration blanc rosé, formée de papilles assez volumineuses, qui se subdivisent elles-mêmes en un certain nombre de papilles secondaires, le diagnostic est facile. Mais si toutes ces papilles ont été agglutinées par des mucosités et ne présentent plus l'aspect du chou-fleur, auquel on les a comparées, alors on peut les confondre avec d'autres lésions de nature bien différente, telles que la leucoplasie buccale et les plaques muqueuses hypertrophiques.

Pour ce qui est de la leucoplasie buccale, nous ferons observer d'abord que les plaques leucoplasiques siègent dans leur début au niveau de la langue, ce qui est l'exception dans les cas de papillomes intra-buccaux. En outre, dans la leucoplasie buccale, on observe un stade érythémateux, où les papilles malades constituent des macules rouges, lisses ou granuleuses. Puis les taches, souvent nummulaires, passent du blanc bleuâtre au blanc d'argent, nous offrant une surface saillante d'a-

bord, puis légèrement déprimée, ainsi que l'ont signalé Schvimmer, Mauriac et E. Vidal.

Les plaques finissent par s'étendre, devenant étoilées, irrégulières et même confluentes à bords festonnés. Elles recouvrent la langue d'une cuirasse d'un blanc nacré et brillant, de consistance fibreuse, à surface d'abord papillomateuse, puis lisse, par atrophie cicatricielle des papilles.

On a noté la desquamation partielle de la plaque mais, d'après Merklen, c'est là un fait absolument exceptionnel. La tumeur finit par se fendiller aux points où siègent les sillons normaux de la muqueuse, et ces ulcérations, qui s'infectent facilement et suppurent, donnent lieu à des indurations secondaires du derme. Il y a là suffisamment de caractères cliniques pour nous permettre de différencier les plaques de leucoplasie buccale des plaques papillomateuses. Nous avons mis en relief l'histoire clinique de la leucoplasie buccale, parce qu'il est excessivement important de différencier cette lésion des tumeurs qui nous occupent. C'est qu'en effet la leucoplasie dégénère souvent en cancer. D'après Schvimmer, cette dégénérescence s'observerait dans le cinquième des cas; d'après E. Vidal; dans la moitié, et même, si nous en croyions Hulke ou Clarke, dont l'opinion est évidemment exagérée, elle serait à peu près fatale.

La transformation des papillomes en tumeurs malignes est, au contraire, infiniment rare, bien qu'on en ait cité certains cas, et que ce fait ait été relaté par Mikulicz et Kümmer, dans leur travail : *Die Krankheiten des Mundes* (Iena, 1898, chap. XLVII, p. 178).

Les papillomes dont les saillies en chou-fleur sont agglutinées par des mucosités et présentent une coloration opaline pourraient être pris pour des plaques muqueuses hypertrophiques. Mais si l'on a soin, d'un côté, d'enlever l'enduit muqueux avec un stylet garni de coton aseptique à son extrémité, puis de soulever la tumeur pour apercevoir le pédicule, et si, de l'autre, on recherche la série des symptômes de la syphilis qui accompagnent les plaques muqueuses, le diagnostic ne saurait rester longtemps en suspens.

Dans certains cas de papillomes effilés et minces implantés sur le voile du palais à la naissance de la luette ou encore sur la portion moyenne de la luette elle-même, on pourrait songer à une luette bifide. Il faut alors suivre les mouvements que l'on observe sur la tumeur et voir s'ils sont exactement parallèles et de même étendue que ceux que l'on observe sur la luette.

Nous rappelons, pour mémoire, la première observation que nous avons recueillie dans le service du D^r Garel lorsqu'il était à l'hôpital Saint-Pothin et dont nous avons publié l'examen microscopique. C'est un papillome coiffant la luette, très volumineux, et qui donna d'abord l'illusion d'une tumeur maligne. Les cas de ce genre sont assez rares, et ordinairement il n'est pas possible de confondre un papillome avec un néoplasme malin.

Nous tenons à revenir sur un caractère bien spécial aux papillomes, déjà mentionné à l'étude de l'anatomie pathologique de ces tumeurs, et auquel M. Garel attache une importance de premier ordre. Si après avoir enlevé la tumeur, en la plongeant dans l'alcool, qui

dissout le mucus, on voit nettement apparaître des papilles blanchâtres simples ou bifurquées, le diagnostic s'impose. Après cette constatation, l'examen microscopique devient un luxe; on peut, sans le secours du microscope, affirmer la nature papillomateuse de la tumeur.

Enfin, certains papillomes, siégeant sur les bords de la luette, ne sont aperçus qu'au moment précis où l'on place l'abaisse-langue. Car à ce moment, tandis que la luette s'écarte de la base de la langue, la tumeur s'en éloigne aussi, mais en conservant son indépendance. Puis le papillome, attiré par le mucus, se recolle sur la face latérale ou sur la face postérieure de la luette et devient invisible. On complète alors l'examen de la tumeur en la mobilisant avec un stylet, ou en ordonnant au malade d'ouvrir la bouche plusieurs fois à de courts intervalles.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Les papillomes de la cavité buccale sont avant tout des tumeurs de nature essentiellement bénigne.

Ils peuvent ne donner lieu à aucun symptôme. Quelquefois ils provoquent du côté de la gorge certains troubles insignifiants tels que : sensation de corps étranger, chatouillement dans la gorge et mouvements fréquents de déglutition. Tous ces phénomènes, d'ailleurs, disparaissent rapidement lorsque l'on a fait l'ablation de la tumeur.

Ce ne sont pas toujours les tumeurs les plus grosses qui deviennent les plus gênantes.

Scheppegezel (*New-York, med. journal*, 1865, p. 470) cite précisément un cas où un petit papillome du voile, à pédicule également petit, provoqua une très vive irritation.

Nous avons suffisamment insisté sur la rareté de la transformation en tumeur maligne pour n'avoir pas à y revenir ici.

L'ablation des papillomes est toujours facile et n'offre aucun danger.

La récurrence se présente quelquefois (cas de Garel, de

Rasch). Le chirurgien doit alors procéder à une nouvelle intervention, qui, le plus souvent, demeure efficace.

Quant à la disparition spontanée des papillomes de la bouche, si nous tenons compte de leur analogie avec ceux du larynx, nous dirons qu'elle peut s'observer. En effet, pour ce qui est des papillomes du larynx, certains auteurs : Garel, Massei, etc., ont vu ces tumeurs disparaître sans aucun traitement.

D'ailleurs, dans la première observation de notre statistique, la malade, après avoir été opérée, présenta, quinze jours après, des papillomes sur la face interne des deux joues, qui disparurent spontanément.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un seul procédé de traitement, c'est l'ablation de la tumeur.

La dessiccation, le broiement, l'arrachement, l'écrasement linéaire ne sont pas applicables aux papillomes intra-buccaux.

Pour cette opération on peut se servir, selon le cas, soit de l'anse galvanique, soit des ciseaux courbes.

Si la tumeur est grosse et assez bien pédiculisée, on doit couper le pédicule à l'anse galvanique.

On se servira au contraire des ciseaux courbes lorsque la tumeur est petite et porte un pédicule très court que l'anse galvanique ne peut pas saisir. Chez la malade de l'observation I de notre statistique, M. Garel a soulevé les petites saillies papillomateuses de la langue avec l'extrémité des ciseaux courbes. Puis saisissant la petite tumeur entre les deux lames des ciseaux, il les faisait sauter avec la plus grande facilité.

Que l'on se serve de l'anse galvanique ou des ciseaux, on aura fait préalablement l'anesthésie locale à la cocaïne.

Une fois que la tumeur est enlevée, M. Garel a l'habitude de faire l'abrasion du point d'implantation avec

le couteau galvanocaustique lorsqu'il reste une petite parcelle du pédicule.

Ce procédé donne toujours d'excellents résultats et met à l'abri de l'hémorragie ultérieure.

En renvoyant le malade, il sera prudent de lui ordonner quelques gargarismes antiseptiques pour les jours suivants, afin d'éviter l'infection possible de la petite plaie qu'on vient de créer.

Le malade devra aussi prendre quelques pastilles d'orthoforme pour diminuer la douleur à la déglutition, qui, en réalité, n'existe que dans des cas fort rares.

CONCLUSIONS

I. Les papillomes de la cavité buccale sont des tumeurs bénignes qui se rencontrent de préférence chez l'homme et surtout à l'âge adulte ; l'abus de l'alcool et du tabac ne doit pas être étranger à la production de ce phénomène.

II. Ils sont fréquemment accompagnés de l'inflammation chronique de la gorge, du nez et du naso-pharynx.

III. Ils siègent par ordre de fréquence : sur la luette, les piliers, le voile du palais, la langue, les amygdales.

IV. Les symptômes qu'ils provoquent sont nuls ou insignifiants, tels que : sensation de corps étranger, de chatouillement dans la gorge, toux et mouvements fréquents de déglutition.

V. Le diagnostic est facile ; il suffit de mobiliser la tumeur avec un stylet pour rendre apparent le pédicule. L'immersion de la tumeur dans l'alcool, qui dissout les mucosités, fait apparaître sur-le-champ

des papilles blanc rosé se subdivisant elles-mêmes en papilles secondaires.

VI. La récurrence des papillomes se voit quelquefois, mais elle est rare ; la disparition spontanée a été aussi observée.

VII. L'ablation de ces tumeurs n'offre aucun danger. Elle se fait à l'anse galvanique, ou aux ciseaux courbes lorsque la saillie est trop petite pour être saisie dans l'anse.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :
LE DOYEN
LORTET.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LABORIE, Excroissance de nature syphilitique implantée sur l'extrémité de la lnette (Bull. de la Soc. anatomique de Paris, avril 1838).
- HERZFELDER, Gesch. eines Krankheitsfalles. Wochenbl. d. Ges. Wiener Aerzte 1856.
- VERNEUIL, Papillome du voile du palais. Bulletin de la Société anat. de Paris, 1858.
- VIDAL, Papillome du voile du palais (Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1858).
- GERHARDT, Laryng (Beiträge Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. XI, 1873).
- HOMOLLE, Papillome d'origine probablement syphilitique (Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1874).
- NEPVEU, Papillome de la lnette (Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1875).
- OTT, Tumeurs du voile du palais (th. de Paris, 1880).
- LLOYD, Papill. of the fauces (th. Lancet, 1881).
- COURTADE, Les polypes papillomateux du voile du palais (th. de Paris, 1885).
- HOPMANN, Zur Bespr. v. G. Scheffs Lehrb. (Centr. f. Laryng., Bd. III, 1886).
- COZZOLINO, Papill. diff. della parete, della far. bucc. (Bull. delle mal. della gola 1888).
- CLAIRBONNE, Papill. in the fauces N. Y. Med. Record 1889.
- CHIPAULT, Papillome du voile du palais (Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1890).

- FOWLER, Papill. of uvula (Brit. med. J. 1890).
- COWERNTOWN, Canadian Practit 16 juin 1890 (Journal of Lar. and Rhin., n° 1, 1890).
- MALHERBE, Papill. de la luette (Gaz. med. de Nantes, 1890).
- THOST, Ueber Papill. in d. ob. Luftwegen (Deutsche med. Wochenschr 1890).
- DUNN, Pedicle pail. of the soft pal. (N. Y. med. Record, 1891.)
- V. GRAZZI, Papill. de la luette (Actes du 1^{er} congrès de la Soc. italienne de laryng. d'otologie et de Rhin, Rome, 1892).
- MIKULICZ et MICHELSON, Papillome de la luette (Atlas, page 27, 1892).
- LANGE, Ein Fall v. mult. Pap. (Arb. aus. d. med. Klin-Inst. zu München, Bd. III, Leipzig, 1893).
- BOUILLLOUD, les Polypes du pharynx buccal (th. de Lyon, 1893).
- KAHN, Ueber Papill. d. Mundrachenhöle (Arch. f. Laryng., Bd. I, 1894).
- RASCH, DE COPENHAGUE, Note sur deux cas de papill. multiples bénins de la muqueuse buccale (Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1895).
- LUBLINSKI, Papill. der Arc palat. phar. (Centr. f. Laryng., 1895).
- ONODI, Papill. d. l. Tons. (Centr. f. Laryng., 1895).
- UNSEHLM, Pap. d. Uvula (Centr. f. Laryng., 1895).
- SEIFERT et MAX KAHN, Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöle und des Kehlkopfes (Tafel XXIII fig. 45 et Tafel XXV, fig. 49, 1895).
- AUDRY et IVERSING, de Toulouse, Papill. juxta-lupique de la pointe de la langue (Soc. franç. de dermatologie et de syphiligraphie, 11 mars 1897).
- MIKULICZ et KÜMMER, Die Krankheiten des Mundes, chap. XLVII, p. 178, Iena 1898).
- DE SANTI, Papill. de l'amygdale (Société de laryng. de Londres, 2 décembre 1898).

TABLE

AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION et HISTORIQUE	7
CHAPITRE PREMIER. — Statistique portant sur un nombre de 13.000 malades.	11
CHAPITRE II. — Étiologie et pathologie	27
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.	30
I. — Anatomie macroscopique	30
II. — Anatomie microscopique	33
CHAPITRE IV. — Symptomatologie.	37
CHAPITRE V. — Diagnostic	39
CHAPITRE VI. — Pronostic	43
CHAPITRE VII. — Traitement	45
CONCLUSIONS	47
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	49

